FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année : 1963

THESE

332

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Georges PHARAMOND
né le 5 Décembre 1930 à Saïgon(Sud VIET-NAM)

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE COMPARATIVE DES EXERESES SEGMENTAIRES ET LOBAIRES DU LOBE SUPERIEUR DROIT DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

PRESIDENT Monsieur Jean BAUMANN, Professeur.

SANATORIUM DEPARTEMENTAL DE SEINE ET OISE

- AINCOURT -

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année: 1963

THESE

N°

Pour la

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Georges PHARAMOND
né le 5 Décembre 1930 à Saïgon(Sud VIET-NAM)

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE COMPARATIVE DES EXERESES SEGMENTAIRES ET LOBAIRES DU LOBE SUPERIEUR DROIT DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

PRESIDENT Monsieur Jean BAUMANN, Professeur.

SANATORIUM DEPARTEMENTAL DE SEINE ET OISE

- AINCOURT -

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152013_0007

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. Alajouanine(T.), Aubin(A.), Bénard(H.), Bulliard(H.), Cadenat(F.), Chabrol(E.), Champy(C.), Debré(R.), Fey(B.), Gastinel(P.), Halphen(E.), Hazard(R.), Heuyer(G.), Lantuejoul(P.), Laroche(G.), Lévy-Solal(E.), Lian(C.), Mathieu(P.), Moquot(P.), Mondor (H.), Monod(R.), Moreau(R.), Moulonguet(P.), Olivier(E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis(D.), Queru(J.), Richet(C.), Sénèque(J.), Strohl(A.), Tanon(L.).

DOYEN. . . . . .Léon BINET.
Membre de l'Institut.

Ier ASSESSEUR. . . . .Jean VERNE.
2e ASSESSEUR. . . . .Gaston CORDIER.

I. PROFESSEURS.

I° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs Titulaires:

	MM.
Anatomie	DELMAS(A.)
Anatomie pathologique	DELARUE(J.)
Anesthésiologie	BAUMANN(J.)
Biochimie médicale	JAYLE(M-F) SCHAPIRA(G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT(P.)
Biologie médicale	FAUVERT(R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD(J.)
Embryologie	GIROUD(A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie(Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE(J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON(P.)
Médecine du Travail	DESOILLE(H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE(R.)
Microbiologie(Bactériologie et Virologie)	FASQUELLE(R.)
Parasitologie	GALLIARD(H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER(J.)
Pathologie exotique	LAVIER(G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN(F-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ(P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF(J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN(G.)
Pharmacologie	CHEYMOL(J.)
Physiologie	BINET(L.) FARGETON(D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE(F.)
Physique médicale	DOGNON(A.) DJOURNO(A.)
Radiologie médicale	DESGREZ(H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE(M.)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale.....(DESGREZ(P.)
Biologie médicale.....(POLONOVSKI(J.
Embryologie.....BOURLIERE(F.)
Hygiène et médecine préventive.....TUCHMANN(H.)
Parasitologie.....DEPARIS(M.)
Pharmacologie.....BRUMPT(L-C.)
Pathologie chirurgicale.....LEVY(MlleJ.)
Physiologie.....LAURENCE(G.)
Physique médicale.....PARROT(J.)
.....KELLERSHOHN(L.

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES MM.

a) Professeurs titulaires:

Clinique carcinologique chirurgicale(Necker).....REDON(H.)
Clinique cardiologique(Broussais).....MOUQUIN(M.)
Cliniques chirurgicales.....(Beaujon.....LORTAT-JACOB(J.
(Cochin.....LEGER(L.)
(Hôtel-Dieu.....PATEL(J.)
(Pitié.....CORDIER(G.)
(Saint-Antoine.....GOSSET(J.)
(Salpêtrière.....SICARD(A.)
(Tenon.....OLIVIER(Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades).....FÉVRE(M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin).....MERLE d'AUBIGNE(R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire(Broussais) GAUDART d'ALLAINES(F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire(Laënnec).....MATHEY(J.)
Clinique endocrinologique(Pitié).....DECOURT(J.)
Clinique de génétique médicale(Enfants Malades).....LAMY(M.)
Clinique gynécologique(Broca).....FUNCK-BRENTANO(P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis).....DEGOS(R.)
Clinique des maladies des Enfants(Enfants Malades).....CATHALA(J.)
Clinique des maladies infectieuses(Claude-Bernard).....MOLLARET(P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)...DELAY(J.)
Clinique des maladies métaboliques(Necker).....HAMBURGER(J.)
Clinique des maladies du sang(Broussais).....MARCHAL(G.)
Clinique des maladies du système nerveux(Salpêtrière)....CASTAIGNE(P.)
Cliniques médicales.....(Boucicaut.....LENEGRE(J.)
(Broussais.....SOULIER(P.)
(Cochin.....JUSTIN-BESANÇON(L.)
(Cochin.....BROUET(G.)
(Hôtel-Dieu.....BARIETY(M.)
(Lariboisière.....SEZE(S.de)
(Pitié.....DREYFUS(G.)
(Saint-Antoine.....KOURILSKY(R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie(Bichat).....DEBRAY(C.)
Clinique médicale propédeutique(Broussais).....GENNES(L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition(Hôtel-Dieu).....DEROT(M.)

Clinique de neuro-chirurgie(Pitié).....DAVID(M.)
Clinique neurologique(Salpêtrière).....GARCIN(R.)
Cliniques obstétricales.....(Baudelocque.....LACOMME(M.)
(Foch (Suresnes).....MERGER(R.)
Clinique obstétricale et gynécologique(Port-Royal).....VARANGOT(J.)
Clinique ophtamologique(Hôtel-Dieu).....RENARD(G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique(Lariboisière).....AUBRY(M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture
(Saint-Vincent-de-Paul).....LELONG(M.)
Clinique de pédiatrie sociale(Enfants-Malades).....MARIE(J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie(Laennec).....BERNARD(E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile(Sapêtrière).....MICHAUX(L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale(Cochin).....COSTE(F.)
Clinique stomatologique(Pitié).....DECHAUME(M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale(Vaugirard).....ROUX(M.)
Clinique thérapeutique médicale(Saint-Antoine).....LEMAIRE(A.)
Clinique toxicologique.....GAULTIER(M.)
Clinique traumatologique.....PADOVANI(P.)
Séméiologie médicale.....DOMART(A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales.....POILLEUX(F.)
Clinique urologique(Necker).....COUVELAIRE(R.
Hygiène et clinique de la première enfance(Trousseau)....TURPIN(R.)

b) Professeurs à titre personnel:
Médecine.....(BOUR(H.)
(LHERMITE(F.)
(PEQUIGNOT(H.)

II._PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

	MM.
Anatomie.....	CABROL(C.) COUINAUD(C) GILLOT(C.) OLIVIER(G.)
Anatomie pathologique.	GAUTHIER-VILLARS(Mlle P.de) pr.s.ch. ABELANET(R.) BUSSER(F.) CHOMETTE(G.) GOUIGOU(Ch.),m.conf NEZELOFF(Ch.) ORCEL(L.) PAILLAS(J.)
Anesthésiologie	KERN(E.) VOURCH(G.)
Bactériologie..	BARBIER(P.) CHRISTOL(D.) LE MINOR(L.) TOURNIER(P.)

	MM.
Biochimie médicale...	BAULIEU(Et.)m.conf. BOURILLON(R.) CARTIER(P.) DREYFUS(J-Cl.) GONNARD(P.) KRUH(J.) JEROME(H.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sport.....	PLAS(F.)
Carcinologie..	BOIRON(M.) DENOIX(P.) MATHE(G.) SELIGMANN(M.)
Dermato-Siphil	CIVATTE(J.) DUPERRAT(B.)
Electro-radiologie...	LEDOUX-LEBARD(G.)
Hématologie...	BESSIS(M.) BILSKI-PASQUIER(G.) DAUSSET(J.) DUHAMEL(G.)

MM.

Histologie.... COUJARD(R.), pr.s.ch.
MAROIS(M.)
RACADOT(J.)

Hydrologie.... BESANÇON(F.)
CORNET(A.)

Hygiène..... BOYER(J.)pr.s.ch.
BLANCHER(G.)
CORRE-HURST(MmeL.)
SAPIN-JALOUSTRE(H.)

Maladies infectieuse BARRIN(R.)
DUPONT(V.)

Médecine légale.... DEROBERT(L.)pr.s.ch.
FOURNIER(E.)
GUENIOT(M.)
HADENGUE(A.)

Médecine du Travail.....ALBAHARY(C.)

Neuro-chirurgie...PERTUISET(B.)

Obstétrique... GRANJON(A.)
HERVET(E.)
LE LORIER(G.)
LEVY(J.)
MORIN(P.)
MUSSET(R.)
ROBEY(M.)
SENEZE(J.)
SUREAU(C.)
THOYER-ROZAT(J.)

Ophtalmologie. BREGEAT(P.)
DUBOIS(A.)
SARAUX(H.)

Orthopédie.... JUDET(R.)
MEARY(R.)
POSTEL(M.)
RAMADIER(J.)

Oto-rhino-laryngologie.... DEBAIN(J.)
PIALOUX(P.)

Parasitologie.. GOLVAN(Y.)
LAPIERRE(J.)

Pathologie chirurgicale BARCAT(J.)
BINET(J-P.)
CAUCHOIX(J.)
CERBONNET(G.)
CHATELIN(C-L.)
DUBOST(Ch.)
DUBOST(Cl.)
FAUREL(J.)
FLABEAU(F.)
GARBAY(M.)
GARNIER(H.)
GAUDART-d'ALLAINES (Cl.de)

MM.

Pathologie chirurgicale GERMAIN(A.)
LATASTE(J.)
LEVEQUE(B.)
LOYGUE(J.)
MERCADIER(M.)
NATALI(J.)
PELLERIN(D.)
PERROTIN(J.)
ROBERT(H.)
THOMERET(G.)

Pathologie exotique..SCHNEIDER(J.)

Pathologie expérimentale BENHAMOU(J-P.)
BERTHAUX(P.)
BOIVIN(P.)
CROSNIER(J.)
HARTMANN(L.)
LOEPER(J.)
MAURICE(J.)
MIKOL(Cl.)
RICHET(G.)

Pathologie médicale... AUSSANNAIRE(M.)
BOUVIER(J.)
BOUVRAIN(Y.)
BRICAIRE(H.)
BRISSAUD(H.)
BROCARD(H.)
BUGE(A.)
CATINAT(J.)
CHRETIEN(J.)
COBLENTZ(B.)
CONTAMIN(F.)
COURY(C.)
ETIENNE(J-P.)
FREZAL(J.)
FRITEL(D.)
HENNEQUET(A.)
HIMBERT(J.)
HOUSSET(E.)
LAROCHE(Cl.)
LESOBRE(R.)
MACREZ(C.)
MOREAU(L.)
NICK(J.)
ROYER(P.)
TOURNEUR(R.)
WOLFROMM(R.)

Pédiatrie-Puériculture JOSEPH(R.)
LAFOURCADE(J.)
LEPERCQ(G.)
MANDE(R.)
MOZZICONACCI(P.)
POLONOVSKI(C.)
ROSSIER(A.)
VIALATTE(J.)

	MM.
Pharmacologie.....	BOISSIER(J.) LECHAT(P.)
Physiologie...	BARRES(G.) DEJOURS(P.) DURAND(J.) GIRARD m.conf. HUGELIN(A.) SCHERRER(J.)
Physique médicale...	CHANTEUR(J.) GOUGEROT(L.),m.conf. pr.s.ch. GREMY(F.) m.conf. MILHAUD(G.) PELLERIN(P.) ROUCAYROL(J-Cl.) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo-phtisiologie.	KREIS(B.) MEYER(A.) RENAULT(P.)

	MM.
Psychiatrie....	PICHOT(P.)
Psychiatrie infantile...	DENIKER(P.) DUCHE(D.) FLAVIGNY(H.) LAPRESLE(J.)
Rhumatologie....	DELBARRE(F.)
Stomatologie..	CERNEA(P.) CHAPUT(MmeA.)m.c.agr GRELLET(M.)
Thérapeutique..	CHASSAGNE(P.) LAMOTTE(M.) MARCHE(J.)
Urologie.....	AUVERT(J.) MOULONGUET(A.) QUENU(L.)

III.-PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE. à titre permanent.

	MM.
Anatomie.....	DEBEYRE(J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER(P.) AMFLINE(A.) pr.s.ch. VERNE(J-M.)
Clinique médicale...	PERRAULT(M.) RAMBERT(P.) THIEFFRY(S.)
Clinique obstétricale	GRASSET(J.) MAYER(M.)

	MM.
Clinique ophtalmol..	DESVIGNES(P.) OFFRET(G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique....	MADURO(R.)
Clinique pédiatrique et puériculture.....	LAPLANE(R.)
Clinique psychiatrique.....	BARUK(H.)
Clinique urologique.....	KUSS(R.)

IV.-PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie.....HAUDUROY(P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale.....RUDLER(J.) Pr.s.ch.

V.-CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { BOLTANSKI(E.) / LAUNAY(C.)

Secrétaire général de la Faculté.....M.LENA(J.)
Secrétaire principal.....Mlle CHAINTREUIL(G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque } Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine }.M.le Docteur HAHN(A.)
Conservateur.....Mlle DUMAITRE(P.)
Bibliothécaires.....(Mmes CONTET(J.),FORGET(F.), (Mlles LAURENT(H.),LE NOIR(G.),QUIEVREUX(E)

A MES CHERS PARENTS

en témoignage de ma profonde affection
et de toute ma reconnaissance pour les
sacrifices consentis en ma faveur.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES BEAUX PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur Le Professeur JEAN BAUMANN.

Professeur de la Chaire d'Anesthésiologie
de la Faculté de Médecine de Paris.
Chef du Service de Chirurgie Thoracique
de l'Hopital BEAUJON.

auquel nous adressons nos respectueux
remerciemonts pour l'intérêt qu'il a
bien voulu porter à notre travail
et le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant de le présider.

A Monsieur HENRI HAMON

Médecin-Directeur du Sanatorium Départemental
de Seine et Oise à Aincourt.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

qui nous a conseillé et aidé en nous facilitant la réalisation de cette thèse.

Que ce travail soit l'expression de notre gratitude respectueuse.

A Monsieur PIERRE VERDOUX

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien des Sanatoriums Publics

qui nous a inspiré ce travail et nous a prodigué avec une amicale bienveillance ses conseils éclairés pour le mener à bien.

Qu'il soit assuré de notre dévouement et de notre respectueuse reconnaissance

A Madame ODILE SEGUIN

A Monsieur HENRI SEGUIN

Médecins du Sanatorium Départemental
de Seine et Oise à Aincourt.

Ils nous ont offert toute leur amicale
et fructueuse collaboration dans la
réalisation de ce travail.

Nous les en remercions très vivement.

A Monsieur TOTY Lucien

Chirurgien de l'Hopital FOCH à Suresne.

dont la maîtrise technique et l'amicale
compréhension ont apporté une part
appréciable à ce travail.

A Messieux DUBOIS et RICHARD

Médecins du Sanatorium Départemental à Aincourt

pour leurs encouragements amicaux.

ETUDE COMPARATIVE des EXERESES SEGMENTAIRES & LOBAIRES du LOBE SUPERIEUR DROIT

DANS la TUBERCULOSE PULMONAIRE

Nous apportons ici la statistique des exérèses soit partielles, soit totales du Lobe Supérieur Droit pratiquées de 1954 à 1961 au Sanatorium Départemental de Seine & Oise à AINCOURT (Médecin-Directeur : Henri HAMON).

Ces interventions ont été pratiquées par la même équipe chirurgicale (Drs VERDOUX et TOTY), les suites opératoires étant sous la surveillance du Dr. Henri SEGUIN, ce qui donne à cette étude une homogénéité assez grande.

Un rapport sur un sujet à peu près semblable "Exérèses partielles et totales des Lobes Supérieurs" a été présenté en 1962 à la Société Française de Lutte contre la Tuberculose par les Drs. MAGNIN, BOCQUET et MARION.

Notre étude a volontairement été limitée aux exérèses segmentaires et lobaires supérieures droites et non étendue aux résections segmentaires et lobaires des deux lobes supérieurs. La lobectomie supérieure gauche qui enlève la moitié du poumon gauche, c'est-à-dire cinq "segments" pulmonaires nous semble une amputation trop importante pour pouvoir être comparée aux exérèses uni ou bi-segmentaires. Nous aurions pu étudier utilement les seules exérèses segmentaires et du Culmen, mais on sait, après les études de CORDIER et CABROL venant confirmer celles de BOYDEN, les variations considérables de dimension du Culmen tenant surtout à celles du segment ventral du côté gauche, la lingula pouvant être, soit l'équivalent du lobe moyen, soit seulement une très mince languette pulmonaire.

Nous avons donc limité notre étude aux exérèses du Lobe Supérieur Droit. Elle porte au total sur 191 cas = 104 lobectomies et 87 segmentaires, de 1954 à L961 inclus. Durant la même période, ont été opérées à gauche : 42 lobectomies et 163 segmentaires. Il y a donc inversion totale des proportions entre le nombre des lobectomies et des exérèses segmentaires entre le côté droit et le côté gauche. De toute façon il y a eu deux fois plus de résections segmentaires du côté gauche que du côté droit.

Nous avons étudié en particulier les points suivants :

- L'âge et le sexe du malade.
- L'ancienneté et le type des lésions.
- Les atteintes associées (homo et controlatérales).
- La durée du traitement médical.
- L'activité des lésions.
- Le type d'intervention en fonction des lésions trouvées.
- Les suites immédiates et au cours des 6 mois suivant l'intervention.
- Les thoracoplasties complémentaires et leurs indications.
- Les examens anatomo-pathologiques et bactériologiques des pièces d'exérèses.
- Les conséquences fonctionnelles.
- Les résultats lointains.

.../...

.../...

Les résultats cliniques lointains et les résultats fonctionnels qui ont pu être étudiés dans 25% des cas, nous semblent particulièrement importants, mais il se dégage des autres chapitres des notions non négligeables.

L'AGE et le SEXE

- LE SEXE - Nos interventions ont porté sur 80 femmes et 111 hommes. Les résultats favorables chez les femmes sont dans la proportion de 96 % et chez les hommes de 97%. Nous pensons en conclure que le sexe n'a aucun rôle dans les résultats opératoires.

- L'AGE - La majorité des interventions se situe entre 20 et 40 ans, avec un maximum aux environs de 30 ans (cf. tableau suivant) :

Ages	⩽ 20 ans	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	Total
Segmentaires	8	33	27	14	5	87
Lobectomies	10	35	29	20	10	104
Total	18	68	56	34	15	191

La fréquence des interventions est relativement faible et sensiblement égale avant 20 ans et après 50 ans. Nous avons opéré 15 malades de plus de 50 ans, c'est-à-dire, pour les 191 cas qui nous occupent : 7,8 %.

Sur ces 15 malades, 14 ont subi avec de bons résultats leur intervention. Les suites opératoires ont été simples 12 fois. Un malade a eu un décaillotage le 7 ème jour et un autre une thoracoplastie pour persistance de lésions sous-jacentes. Un seul malade est décédé le 3ème jour d'une anurie aigüe.

- Résumé de quelques observations :

  - Mr. E. SOH .... 57 ans : Lobectomie pour lésions ulcéro-nodulaires du L.S.D. traitées médicalement durant 15 mois. A bénéficié de la Cyclosérine et de l'Ethionamide pour encadrer l'intervention - Suites simples.

  - Mme J. KAD .... 60 ans : Lobectomie pour lésions ulcéro-nodulaires biapicales à majoration droite, remontant à 5 ans, traitées de façon irrégulière. Suites : petite atélectasie à la 48ème heure, levée par broncho-aspiration - Bon résultat.
  - Mme E. WIW .... 58 ans : lobectomie pour une masse tuberculeuse dense du segment ventral évoluant depuis 1 an. Suites simples.

.../...

.../...

- Mr. J. SAU .... 55 ans : Lobectomie pour lésions ulcéro-nodulaires à prédominance droite, évoluant depuis 7 ans. A eu tous les médicaments : Viomycine + Ethionamide + Kanamycine encadrant l'intervention. Suites : décaillotage à la 48ème heure - Bon résultat.

- Mr. A. ROD .... 53 ans : Exérèse apico-dorsale + décortication pour lobite supérieure droite polyexcavée, traitée durant 15 mois - Suites simples.

Ainsi, l'amélioration sans cesse croissante de la préparation, de l'intervention et de la surveillance post-opératoire, tend à détruire l'opinion couramment admise il y a quelques années, du danger à opérer des malades âgés de plus de 50 ans.

L'ANCIENNETE DES LESIONS

Comme on le sait depuis longtemps, notre étude confirme qu'il n'y a aucun rapport entre l'âge du malade et celui des lésions. Voici quelques observations particulièrement démonstratives :

- Mme M. SCA .... 45 ans : lésions ulcéro-nodulaires du L.S.D. ayant débuté un an auparavant, traitées médicalement durant 10 mois.
- Mme H. DEL .... 26 ans : lobite supérieure biapicale à prédominance droite remontant à 11 ans ; traitée par Pneumopéritoine après échec du pneumothorax, puis par extra-pleural pendant un an. Enfin antibiothérapie et chimiothérapie associées durant 9 mois.
- Mr. J. SAU .... 55 ans : lésions ulcéro-nodulaires bilatérales à prédominance droite, remontant à 6 ans. Traitement discontinu.
- Mr. J. PHI .... 60 ans : infiltrat biapical à prédominance droite, débutant un an auparavant et ayant en 10 mois de traitement médical.
- Melle A. TYD .... 16 ans : lésions nodulaires lobaires supérieures droites, remontant à 4 ans et traitées par la médication triple associée durant environ 2 ans.
- Mr. P. RIV ..... 38 ans : lésions ulcéro-caséeuses bilatérales à majoration droite, remontant à 8 ans, traitées de façon discontinue.
- Mme P. HUT ....& 21 ans : lésions nodulaires gauches traitées par pneumothorax durant 4 ans. Lésions ulcéro-nodulaires du sommet droit, traitées par pneumothorax durant environ 3 ans, et antibiothérapie-chimiothérapie durant environ 9 mois, très irrégulièrement.

.../...

- Mme R. CHE ... 20 ans : lésions excavées du sommet droit, avec nodules à gauche, remontant à 2 ans et traitées durant plus de 10 mois.
- Mr. C. ORL ... 57 ans : lésions ulcéro-caséeuses bilatérales prédominant à droite, datant de 3 ans environ et sous traitement durant plus de 2 ans.
- Mr. J. TRE ... 50 ans : lésions ulcéreuses du sommet droit sous traitement durant environ 9 mois, sans aucune modification radiologique.
- Mr. B. MOH ... 31 ans : lésions ulcéro-nodulaires apicales droites, sous traitement médical durant 1 an.
- Mr. B. ZID ... 46 ans : lésions nodulaires apicodorsales supérieures droites ayant débuté 1 an auparavant et traitées durant environ 10 mois.

Tous ces malades ont subi avec succès une exérèse pulmonaire lobaire ou segmentaire, uni ou bilatérale, suivie ou non par une thoracoplastie complémentaire.

LE TYPE DES LESIONS

Nos exérèses segmentaires et lobaires ont porté sur des lésions cavitaires et sur des lésions pleines - les cavités étant en majorité. Les interventions sur cavernes sont au nombre de 131 contre 60 pour lésions pleines.

Ainsi, sur les 191 malades considérés, les opérations sur lésions cavitaires sont dans la proportion de 68,6%.

Les lobectomies ont été effectuées 89 fois sur des cavités, alors que les exérèses segmentaires ont été faites 42 fois. Les pourcentages sont les suivants :

- 89 lobectomies = 68%
- 42 segmentaires = 32 %.

Quant aux lésions pleines, au nombre de 60, soit dans la proportion de 31,4%, elles se répartissent de la façon suivante :

- 15 lobectomies = 25 %.
- 45 segmentaires = 75 %.

Le tableau ci-dessous résume ces différents points.

	Lobectomies	Segmentaires	Total
Lésions cavitaires	89 (68 %)	42 (32 %)	131 (68,6 %)
Lésions pleines	15 (25 %)	45 (75 %)	60 (31,4 %)
T O T A L	104	87	191

/

.../...

Les résultats ont été satisfaisants. Nous avons cependant enregistré 4 rechutes homolatérales, toutes les 4 pour des lésions cavitaires : 3 lobectomies et 1 segmentaire apico-dorsale. Ce dernier cas étant, comme nous le verrons plus loin, notre seul cas d'empyème avec fistule bronchique traité par thoracoplastie. Ce malade est resté constamment bacillifère et a ensemencé son côté gauche. Pour les 3 lobectomies, l'un présentait une petite opacité sans bacille dans l'expectoration, qui a régressé après un deuxième séjour sanatorial. Les 2 autres crachaient encore des bacilles au moment de l'intervention : l'un a refusé une plastie complémentaire, l'autre a rechuté 2 ans plus tard et a été traité avec succès par un extramusculopériosté à billes.

LES ATTEINTES ASSOCIEES

En plus des lésions du lobe supérieur droit, plusieurs de nos malades présentaient des atteintes homo ou controlatérales.

- Lésions homolatérales : 15 malades (8 % environ)avaient en plus des lésions du lobe moyen, du lobe inférieur, ou des deux lobes moyen et inférieur à la fois. Pour 5 d'entre eux ces lésions étaient récentes, coïncidant avec la reprise évolutive de l'atteinte du lobe supérieur.

- Lésions controlatérales : elles furent plus nombreuses. Sur nos 191 opérés, 84 avaient des lésions du côté gauche (44 %). Ce nombre se subdivise ainsi :

  - 55 lobectomies (53 %), parmi lesquelles, deux interventions gauches : un extrapleural gauche et une thoracoplastie gauche.

  - 29 résections segmentaires (33 %), parmi lesquelles, 10 segmentaires du lobe supérieur gauche. Ainsi les résections segmentaires bilatérales des lobes supérieurs représentent 11,5 % des cas.

Résumés de quelques observations

- Mme L. ROL .... 32 ans : Dépistage systématique d'un infiltrat de l'apex droit en mars 1952. B. K. 0 - Traitement durant 15 mois. Apparition de bacilles après 5 mois de traitement. Envoyée à AINCOURT en juin 1953 : Tuberculose nodulaire bilatérale.

  - Exérèse segmentaire apico-dorsale du L.S.D. le 13.12.1954.
  - Exérèse segmentaire dorsale du L.S.G. le 29.6.1955.

  Plusieurs broncho-aspirations dans les suites. Bonne réexpansion du parenchyme restant.

.../...

.../...

- Mlle Y. TRE ... 21 ans : dépistage systématique d'infiltrats très denses sous-claviculaires bilatéraux. B.K. 0 en octobre 1954. Traitement à domicile et en sanatorium. Envoyée à AINCOURT le 6 décembre 1954 : tuberculomes se projetant dans le 1er espace antérieur à droite comme à gauche. Apparition de bacilles en janvier 1955:
  - Exérèse sous-segmentaire dorsale du L.S.G. le 27 avril 1955.
  - Exérèse segmentaire apicale du L.S.D. le 7 Septembre 1955.

  Suites simples - Excellente réexpansion.

- Mme P. LAB ... 38 ans : découverte en août 1955 d'une "tache au sommet gauche". Traitement commencé à domicile. Envoyée à AINCOURT le 25 Octob.1955 B.K. 0. Nodules denses des deux sommets :
  - Exérèse sous-segmentaire apicale du L.S.D. le 25 avril 1956
  - Exérèse sous-segmentaire apico-dorsale du L.S.G. le 12 Sept. 1956.

  Suites simples - Excellente réexpansion.

- Mme A. DUP ... 32 ans : pleurésie droite en 1934. juillet 1955, découverte de la tuberculose au sommet droit. Traitement ambulatoire puis 9 mois en sanatorium. B.K. +. Envoyée à AINCOURT le 1er février 1957 : opacité excavée rétro-claviculaire droite ; masse floue apicale interne gauche :
  - Exérèse apico-dorsale + Sous Nelson + Décortication Dte le 25.2.1957.
  - Exérèse apico-dorsale + Décortication du L.S.G. le 17.6.1957.

  Suites simples - Excellente réexpansion.

LA DURÉE DU TRAITEMENT

Nous insistons sur le fait que tous nos opérés ont été longuement préparés médicalement. La durée de l'antibiothérapie et de la chimiothérapie associées, en l'occurence l'Isoniazide, la Streptomycine et le P.A.S., a été au maximum de 9 mois. 55 % de nos malades ont eu plus d'un an de traitement médical.

A partir de 1956, parmi nos 191 malades, 39, soit 20%, ont bénéficié des antibiotiques "de relais" encadrant l'intervention. Ces antibiotiques ont été donnés, soit associés aux médicaments majeurs devant l'étendue persistante des lésions, soit en cas de résistance prouvée aux antituberculeux majeurs, soit enfin pour des signes d'intolérance à ces mêmes antibiotiques majeurs. La Cyclosérine venant en tête, puis l'Ethionamide, enfin la Viomycine et la Kanamycine - 32 malades sur 39 ont bénéficié de la Cyclosérine associée ou non à l'Ethionamide et à la Viomycine. 2 malades seulement ont reçu de la Kanamycine associée à l'Ethionamide ou à la Viomycine.

Cette antibiothérapie "de relais" était en rapport avec l'étendue des lésions et avec leur ancienneté. Sur ces 39 malades, 31 ont eu une lobectomie et 8 une exérèse segmentaire. Tous étaient sous traitement depuis plus d'un an avant l'intervention.

.../...

.../...

Nous n'avons pu réunir que 29 cas de résistance aux antituberculeux majeurs, prouvée par le laboratoire, avec 4 cas où cette résistance s'étendait à la Cyclosérine et à l'Ethionamide. 8 malades sur ces 29 n'étaient pas bacillifères au moment de l'intervention. Si nous considérons la durée et la modalité du traitement de ces malades, 14 d'entre eux avaient, durant plusieurs années, pris d'une façon très irrégulière leurs médicaments.

Cette résistance des germes a eu quelque retentissement sur le résultat opératoire :

- Un cas d'apparition de bacilles après une segmentaire chez un malade non bacillifère ; guéri secondairement par une thoracoplastie complémentaire.
- Un cas de rechute homolatérale 2 ans plus tard, avec bacilles, traité par Extra-musculopériosté à billes avec un bon résultat final.
- Deux cas d'ensemencement controlatéral avec B.K. dans l'expectoration, chez deux malades qui n'en émettaient plus lors de l'opération.
  L'un a rechuté 5 mois plus tard et a été traité par thoracoplastie gauche.
  L'autre, éthylique, a rechuté dès sa sortie du sanatorium et est toujours en traitement.
- Un malade constamment bacillaire, qui avait refusé une plastie complémentaire est décédé 5 ans plus tard par aggravation progressive lésionnelle.
- Deux opérés ont subi un décaillotage dans les suites opératoires immédiates. Il a fallu, chez l'un, collaber par thoracoplastie une poche résiduelle.
- Enfin deux décès précoces. Il s'agissait pour le premier cas de grosses lésions bilatérales bacillifères chez une jeune fille de 22 ans, qui mourut 10 jours plus tard d'une hémoptysie foudroyante.
  Le 2ème cas était un homme de 52 ans qui a succombé le 3ème jour d'une anurie aiguë.

Sur 29 malades résistants à tous les antibiotiques, nous comptons donc 3 décès (2 précoces et 1 tardif) et un mauvais résultat. 4 malades ont eu des suites opératoires compliquées mais sont actuellement stabilisés. On peut souligner que 22 malades sur 29, soit 75,8 %, ont eu des suites opératoires tout à fait normales et peuvent être actuellement considérés comme guéris.

.../...

.../...

ACTIVITÉ des LESIONS

Les malades paraissent bien stabilisés par le traitement antibiotique et chimiothérapique et sont naturellement apyrétiques au moment de l'intervention. Nous ne pouvons donc juger du degré d'activité des lésions que par l'examen bactériologique de l'expectoration et par l'étude de la vitesse de sédimentation globulaire.

Au moment de l'intervention, 42 malades (22 %) étaient encore bacillifères. Parmi ceux-ci, 12 gardaient une vitesse de sédimentation globulaire accélérée.

Cette vitesse de sédimentation accélérée persistante a été notée par nous chez 106 des 191 opérés, soit dans une proportion de 55,5 %.

Nous avons remarqué particulièrement la persistance de cette vitesse de sédimentation globulaire accélérée chez les femmes (cet examen n'étant effectué chez ces dernières que dans la période post-menstruelle) :

- 59 femmes sur 80, soit 74 % d'entre elles.
- 47 hommes sur 111, soit 42 % d'entre eux.

Voici quelques chiffres de ces vitesses de sédimentation globulaires accélérées persistantes :

Il y a des V.S.G. peu accélérées :

10 - 30 - 81 ; 11 - 21 - 82 ; 12 - 28 - 75 ; 15 - 31 - 95.

D'autres, très accélérées :

28 - 56 - 95 ; 29 - 57 - 106 ; 31 - 54 - 106 ; 47 - 84 - 109.

Malgré cette accélération de la vitesse de sédimentation, il faut noter que les résultats, tant des lobectomies (58 %) que des exérèses segmentaires (52 %), ont été satisfaisants.

.../...

.../...

- LES INTERVENTIONS -

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A - Comme l'a très bien souligné MAGNIN dans son rapport sur les Exérèses partielles et totales des lobes supérieurs, à la Société Française de Lutte contre la Tuberculose en novembre 1962, sur le plan chirurgical les exérèses segmentaires et les lobectomies comportent des avantages et des inconvénients théoriquement opposés :

- La résection segmentaire se flatte d'être économique et ampute au minimum la fonction respiratoire ; par contre, la résection passe en plein parenchyme et laisse une tranche de clivage où peuvent subsister des tubercules et s'ouvrir des plaies lobulaires et bronchiolaires.

- La lobectomie enlève une masse plus grande de parenchyme, mais les cloisons pleurales des scissures garantissent contre la porosité des surfaces pulmonaires restantes.

En réalité, les scissures sont rarement complètes comme l'a prouvé DEVOS qui donne les chiffres suivants (d'après MAGNIN) :
- Scissures horizontales droites incomplètes : 83 %
- Scissures obliques droites incomplètes : 44 %.
- Scissures obliques gauches incomplètes : 26 %.

De plus, en cas de tuberculose pulmonaire, la proportion des scissures incomplètes s'aggrave, car la fusion des berges scissurales aboutit souvent à une confusion véritable des parenchymes des deux lobes.

Ainsi, dans plus de la moitié des lobectomies, les lobes restants porteront une section plus ou moins vaste, dont la pathologie ne diffère pas de celle qu'a créée la résection segmentaire.

Enfin, l'architecture du parenchyme restant après lobectomie et segmentectomie n'est pas également favorable à une réexpansion et à une réhabitation rapide de l'hémithorax.

B - Nous n'insisterons pas ici sur le côté technique des exérèses lobaires ou segmentaires. Toutes ont été pratiquées selon la technique devenue classique de dissection des éléments du pédicule avec suture bronchique au ras du tronc bronchique laissé en place. A noter cependant qu'il a été pratiqué 8 résections sous-segmentaires : une selon le procédé du "Wedge", deux selon un procédé personnel au Docteur VERDOUX. Il consiste à aller chercher le pédicule broncho-artériel menant à une lésion localisée, assez à distance du hile. Une pince fixée à proximité de la lésion permet de tirer sur le poumon et de sentir parfaitement au doigt le relief de la bronche sous-segmentaire dont on fait facilement le tour après incision de la plèvre viscérale. L'artère correspondante se tend après la section bronchique. Elle est liée. Puis le clivage est mené comme dans une

.../...

.../...

segmentaire habituelle, très souvent sans ligature d'aucune veine. Il faut avoir bien repéré avant opération sur le bronchogramme le siège de la lésion. Il est de bonne précaution d'enlever un territoire sous-segmentaire adjacent si le clivage mène trop près des lésions et risque de provoquer une effraction de celles-ci.

C - C'est pouréviter ces effractions causées par un clivage passant dans un parenchyme tuberculisé que nos chirurgiens attachent la plus grande valeur au "Bilan des lésions à thorax ouvert". Ce bilan a montré que, dans 34 % des cas, les lésions différaient de celles prévues lors du bilan radio-tomographique pré-opératoire. Précisons que ce bilan, grâce à la coopération des services hospitaliers et des dispensaires, a pratiquement toujours pu être établi. Le dossier complet doit comprendre les premières radiographies de la maladie, qu'il n'est pas toujours possible malheureusement de se procurer, qui expliquent bien des "surprises opératoires".

- C'est ainsi que 2 % seulement de nos "surprises opératoires" ont été heureuses et ont permis une résection bi-segmentaire alors qu'une lobectomie était initialement prévue.

- En revanche 32 %, soit 1/3 des cas, présentaient des lésions plus étendues que celles qui étaient prévues. Il s'agissait en règle d'ensemencement bronchogène, du segment ventral, donnant des petits nodules en grains de plomb disséminés dans tout le segment, en particulier dans sa partie basse. Dans ces cas la lobectomie est nécessaire et le clivage emporte les lésions qui sont au ras du lobe moyen dont la surface apparaît absolument intacte.

Un chiffre nous a paru important, c'est celui des décortications associées, rendues nécessaires par des symphyses pleurales. Nous en avons observé 55 cas, soit 28,8 % ; 33 dans les lobectomies (32 %) et 22 dans les résections segmentaires (25 %). Ces décortications pleurales ont porté sur des lésions en majorité âgées de plus de 1 an. Ainsi 14,5 % des lésions ont moins de 1 an et parmi les 85,5 % de lésions de plus de 1 an, nous notons 42 % de plus de 5 ans.

.../...

LES SUITES OPERATOIRES

Il est à noter que nous n'avons eu aucun décès per-opératoire sur 191 cas, ce qui est certainement un argument non négligeable dans les cas qui ne s'améliorent plus par le traitement médical, pour poser une indication chirurgicale.

Nous avons eu 18 hémorragies post-opératoires. La plupart semblables à celles observées autrefois après extra-pleural à la 36ème ou 48ème heure. Elles sont d'autant plus à rapprocher de ces dernières que très souvent elles sont survenues après un décollement extra-pleural partiel ou total. Par ailleurs, la réintervention qui a été faite 10 fois pour décaillotage n'a jamais montré l'origine de ces hémorragies.

Les fuites gazeuses ont été consignées dans le tableau suivant qui indique leur nombre, tant dans les segmentectomies que dans les lobectomies et le traitement qu'elles ont nécessité.

	Drainages Exsufflations	Thoracos	Thoracos prévues pour lésions restantes
Segmentectomies	21 (25 %)	5 dont	0
Lobectomies	32 (30 %)	9 dont	3
T o t a l	53 (28 %)	14 dont	3

On voit, ce qui confirme le caractère théorique opposant la lobectomie "opération étanche" à la segmentectomie, opération qui l'est moins, que le plus grand nombre des fuites gazeuses ont été observées après lobectomies (ceci serait d'ailleurs beaucoup moins vrai pour le côté gauche).

- La plupart de ces poches ont été traitées par exsufflation ou drainage de Monaldi laissé 24 ou 48 heures.

- 14 poches résiduelles ont cependant nécessité une thoracoplastie (7 %). Mais sur ces 14 thoracoplasties, 3 avaient été prévues soit avant, soit lors de l'intervention en raison de la diffusion des lésions.

.../...

.../...

- Si nous considérons le nombre total des thoracoplasties secondaires, celles pratiquées après lobectomies ont été plus nombreuses qu'après les exérèses segmentaires :

- 17 pour les lobectomies (16 %) contre 9 pour les segmentaires (10%)

Le tableau suivant réunit les différentes indications des plasties secondaires :

Thoracos Secondaires	Nombre	Prévues	Fuites bronchiques	Lésions restantes	Poches persistantes
Segmentaires	9 (10 %)	1	2	3	3
Lobectomies	17 (16 %)	10	0	1	6
T o t a l	26 (13,6 %)	11	2	4	9

Par chance, nous n'avons observé qu'un seul cas d'empyème sur 191 exérèses segmentaires ou lobaires supérieures droites. Il s'agissait d'une résection segmentaire apico-dorsale chez un homme âgé de 42 ans émettant des crachats constamment bacillifères. Cette résection fut complètée à la 8ème semaine par une thoracoplastie sur une vaste poche apicale avec fistule bronchique. Après aggravation et ensemencement bronchogène controlatéral, l'état local et général s'améliora progressivement, les bacilloscopies restant cependant constamment positives. Ce malade est décédé 5 ans plus tard d'un cancer gastrique.

Les décès dans les suites immédiates sont au nombre de 4 :

- 1 par accident transfusionnel, compliqué le 6ème jour d'un oedème cérébral et d'un oedème aigu du poumon, alors que la diurèse augmentait ainsi que la concentration d'urée urinaire. Malheureusement, cet accident eut lieu en 1954 et l'on ne disposait pas encore de rein artificiel.
- 1 d'une anurie aiguë le 3ème jour.
- 1 d'une hémoptysie foudroyante le 10ème jour
- 1 d'une anoxie le 8ème jour.

.../...

.../...

EXAMENS ANATOMO-PATHOLOGIQUES & BACTERIOLOGIQUES

des PIECES d' EXERESES

Nous avons étudié les résultats des examens anatomo-pathologiques et bactériologiques des pièces opératoires. Leur relation avec l'ancienneté des lésions et positivité ou la négativité de la bacilloscopie pré-opératoire a d'autre part retenu notre attention.

A - Nous avons relevé 6 cas où l'anatomo-pathologie était en discordance avec l'analyse bactériologique de la pièce opératoire. L'étude des pièces montrait des lésions anciennes, cicatricielles ou non actives, alors que la bactériologie était positive, tant à l'examen direct qu'à la culture. Il est à noter que cliniquement dans 4 cas, les tubages sont devenus négatifs au bout d'un mois de traitement. Dans les 2 autres cas, les bacilles n'ont jamais été trouvés, même à la culture. Il est enfin à remarquer que 4 de ces malades avaient eu un traitement médical de plus d'un an. Pour les 2 derniers, l'un a eu 10 mois et l'autre 9 mois de traitement avant l'opération.

Résumés de ces 6 observations :

1 - Mlle M. JOU ..... 18 ans - Lésions tuberculeuses de l'apex du poumon droit. 13 mois de traitement triple associé. Bacilloscopie constamment négative.

- Ana-Path de la pièce d'exérèse segmentaire dorsale du L.S.D. : "Nodules encapsulés à caséum calcifié. Nombreuses micro-cicatrices fibreuses".

- Bactériologie de la pièce : positive.

2 - Mr. F. DAN ..... 49 ans - Lésions tuberculeuses bi-apicales, excavées à droite. Bacilloscopies constamment négatives - 14 mois de traitement.

- Ana-Path de la pièce d'exérèse lobaire du L.S.D. : "Nodules fibro-caséeux anciens. Sclérose systématisée extensive. Cavité bordée d'une paroi collagène hyaline".

- Bactériologie de la pièce : positive.

3 - Mr. H. BEL ..... 36 ans - Lobite du L.S.D. 10 mois de traitement. Bacilloscopies négatives après 1 mois de traitement et le restant ensuite.

- Ana-Path de la pièce de résection lobaire du L.S.D. "Fibrose systématique avec dépôts anthracosiques. L'ensemble est de caractère dystrophique et séquellaire".
- Bactériologie de la pièce : positive.

.../...

.../...

4 - Mr. R. BIS ..... 38 ans - Infiltrat excavé du L.S.D. - 13 mois d'antibiotiques. Tubages négatifs dès le 1er mois de traitement et le restant par la suite.

- Ana-Path. de la pièce d'exérèse lobaire du L.S.D. : "Sclérose systématisée mutilante. Nodules fibro-caséeux anciens disséminés. Tuberculose ancienne inactive et réduite à des séquelles".

- Bactériologie de la pièce : positive.

5 - Mr. R. PAR ..... 18 ans - Tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale à prédominance droite. 13 mois de traitement. Bacilloscopies négatives après un mois et le demeurant.

- Ana-Path. de la pièce d'exérèse lobaire du L.S.D.:" caverne cicatricielle à parois fibro-hyalines. Parenchyme emphysémateux à cloisons atrophiques. Quelques cicatrices fibro-crétacées".

- Bactériologie de la pièce : positive.

6 - Mr. T. SER ..... 24 ans - Lobite du L.S.D. 9mois de traitement. Tubages devenus négatifs et le restant après 1 mois d'antibiotiques.

- Ana-Path. de la pièce de résection lobaire du L.S.D. : "Sclérose systématisée mutilante. Aucun foyer spécifique. Ectasie bronchique remplie de mucus".

- Bactériologie de la pièce : positive.

B - A l'inverse, nous avons noté 20 cas où l'anotomo-pathologie montrait des lésions actives avec des examens bactériologiques négatifs des pièces d'exérèse. Les tubages gastriques étaient négatifs au moment de l'intervention. A signaler que les bacilles n'ont jamais été trouvés dans 6 cas. Voici le résumé de quelques observations :

1 - Mme S. MOR ..... 25 ans - Lésions ulcéro-caséeuses du segment apico-dorsal du L.S.D. - Rechute d'une atteinte traitée médicalement durant un an ½ auparavant. Environ 2 ans de traitement pré-opératoire. Bacilloscopies constamment négatives.

- Ana-Path. de la pièce d'exérèse : "Cavité à débris incomplètement ramollis. Sclérose systématisée où persistent des lobules frappés de lésions exsudatives. Tuberculose encore active."

- Bactériologie de la pièce : négative.

2 - Mme S. MUG ..... 37 ans - Lésions excavées du L.S.D. - 9 mois de traitemeht. Bacilloscopies constamment négatives.

- Ana-Path. de la pièce : "Large foyer caséeux avec plusieurs zones de ramollissement. Aspect histologique d'un tuberculome pratiquement non influencé par les antibiotiques".

- Bactériologie de la pièce : négative.

.../...

.../...

3 - Mme A. CHE ..... 37 ans - Evolution récente de lésions anciennes de l'apex droit. 2 ans de traitement environ. Jamais de bacilles.

Ana-Path. de la pièce : "Tuberculose caséeuse ou caséo-folliculaire active. Gros foyers caséeux latéro-bronchiques avec follicules à travers toutes les couches de la paroi bronchique".

- Bactériologie de la pièce : négative.

4 - Mr. R. LAU ..... 39 ans - Lésions ulcérées du L.S.D. - 9 mois d'antibiotiques. Tubages constamment négatifs.

- Ana-Path de la pièce : "Vaste plage de caséum ramolli, complexe, avec plusieurs poussées évolutives de formations nodulaires. Granulome tuberculeux riche en cellules géantes".

- Bactériologie de la pièce : négative.

5 - Mme J. KER ..... 30 ans - Tuberculose excavée du segment dorsal du L.S.D. - 1 an de traitement. Jamais de bacilles dans l'expectoration.

- Ana-Path de la pièce : "Nombreux nodules confluents. Sclérose systématisée. Quelques follicules tuberculeux. L'ensemble des altérations est d'aspect diffus, de caractère actif".

- Bactériologie : négative.

6 - Mme G. BEN ..... 36 ans - Lésions ulcéro-nodulaires du L.S.D.. Environ 3 ans de traitement. Bacilloscopies négatives.

- Ana-Path. de la pièce : "Deux foyers caséeux principaux en partie ramollis. Lésions non éteintes".

- Bactériologie de la pièce : négative.

7 - Mr. R. TER ..... 31 ans - Infiltrat évoluant depuis 2 ans en cours de remaniement. 9 mois de traitement. Bacilloscopies négatives.

- Ana-Path. de la pièce : "Foyer caséo-cavitaire tuberculeux avec ramollissement et évacuation partiels. Parenchyme assez anthracosique. Allure générale de lésions actives".

- Bactériologie de la pièce : négative

8 - Mme F. CAS ..... 40 ans - Lésions ulcéro-caséeuses bilatérales à maximum à droite. 10 mois de traitement. Bacilloscopies négatives.

- Ana-Path. de la pièce : " Foyers tuberculeux en activité avec remaniement non spécifique du parenchyme relativement important".
- Bactériologie de la pièce : négative

Il en est de même pour Mme M. SCA ..... 45 ans, pour Mr. R. ALA.. 45ans pour Mme V. GAR ... 29 ans etc...

.../...

..../...

C - Parmi les examens anatomo-pathologiques de lésions actives allant de pair avec la positivité de la bactériologie des pièces, nous avons trouvé 64 cas où les tubages pré-opératoires ont été négatifs, avec 21 fois absence totale de bacille , aussi bien dans les tubages que dans les cultures, et ceci depuis le début de la maladie.

Voyons quelques observations résumées :

1 - Mlle M. SAU ..... 27 ans - Lésions ulcéro-nodulaires bi-apicales avec vaste cavité à droite. Traitement discontinu pendant 18 mois. Jamais de bacille.

- Ana-Path. de la pièce : "volumineuse cavité caséeuse ramollie et évolutive. Nombreux nodules jeunes".
- Bactériologie de la pièce : positive.

2 - Mr. M. MAU ..... 32 ans - Infiltrat excavé du L.S.D. 10 mois de traitement. Bacilloscopie constamment négative.

- Ana-Path. de la pièce : "Foyers caséeux anciens avec emphysème juxta lésionnel. Foyer caséeux principal : aspect de tuberculose en activité".
- Bactériologie de la pièce : positive.

3 - Mme M. FRA ..... 25 ans - Lésions ulcéro-caséeuses du L.S.D. évoluant depuis 4 ans. Jamais de bacille.

- Ana-Path. de la pièce : "Vaste foyer caséo-cavitaire ramolli au centre. Nombreux foyers caséeux denses. Tuberculose active et évolutive".
- Bactériologie de la pièce : positive

4 - Mr. M. BEL ..... 26 ans - Lésions nodulaires du L.S.D. avec gros ganglion hilaire droit. 10 mois de traitement antibiotique. Bacilloscopie constamment négative.

- Ana-Path. de la pièce : "Sclérose inflammatoire avec nombreuses formations arrondies à centre nécrotique. Nodules périphériques fortement anthracosiques. Lésions tuberculeuses encore actives".
- Bactériologie de la pièce : positive.

.../...

.../...

5 - Mme D. LAC ..... 37 ans - Tuberculome important du segment dorsal du L.S.D. Jamais de bacille.

- Ana-Path. de la pièce : " Gros foyer caséeux : confluence de tubercules ramollis. Collapsus pulmonaire périphérique avec de nombreux nodules lymphoïdes et tuberculeux".
- Bactériologie de la pièce : positive.

6 - Mme C. TOU ..... 46 ans - Tuberculome entouré de nombreuses opacités nodulaires du L.S.D. Bacilloscopie constamment négative.

- Ana-Path. de la pièce : " Aspect de tuberculose ulcéro-nodulaire active, avec des séquelles irréversibles".
- Bactériologie de la pièce : positive.

D - Enfin, l'étude anatomo-pathologique des pièces d'exérèses a permis de découvrir, chez 4 malades, une atteinte aspergillaire post-tuberculeuse : 2 cas d'aspergillose et 2 cas d'aspergillome. Un seul cas a été une confirmation de la clinique. Les 3 autres ont été une découverte histologique. Dans ces 4 cas, les recherches bactériologiques se sont révélées constamment négatives, tant sur les tubages gastriques que dans les pièces opératoires.

Voici le résumé de ces 4 observations :

1 - Mr. M. DUF ..... 40 ans - Lobite excavée du L.S.D. Image évoquant un aspergillome. Bacilloscopies négatives. 9 mois de traitement.

- Ana-Path. de la pièce : " Large cavité comblée par une touffe aspergillaire. Paroi scléreuse, angiomateuse, infiltrée de plasmocytes disséminés. Aspergillome développé dans une ancienne cavité tuberculeuse".
- Bactériologie de la pièce : négative.

2 - Mr. E. LEB ..... 45 ans - Lésions fibro-nodulaires bi-apicales à prédominance droite. 15 mois de traitement. Bacilloscopies négatives.

- Ana-Path. de la pièce : "Sclérose systématisée extensive avec nodules fibro-caséeux anciens et une cavité comblée d'un caséum en partie calcifié et ramolli, mêlé d'éléments mycosiques. Aspect d'aspergillome développé dans une cavité pré-existante".
- Bactériologie de la pièce : négative.

.../...

.../...

3 - Mr. A. ROD ..... 53 ans - Lésions excavées du lobe supérieur droit. 15 mois de traitement. Bacilloscopies négatives.

- Ana-Path. de la pièce : " Cavité détergée en partie. Au niveau de certaines zones de la paroi cavitaire, granulome mycélien de type aspergillaire".
- Bactériologie de la pièce : négative

Dans ce cas, nous avons assisté, après une résection segmentaire apico-dorsale, aux suites simples, à une poussée évolutive bacillifère, avec une condensation multi-excavée du tiers supérieur du poumon droit. Malgré une thoracoplastie, le malade a gardé des lésions bacillifères.

4 - Mme J. COR ..... 31 ans - Lésions non homogènes du segment apico-dorsal du L.S.D. Bacilloscopies négatives. Une hémoptysie de faible abondance.

- Ana-Path. de la pièce : "Aspergillose post-tuberculeuse broncho-parenchymateuse".
- Bactériologie de la pièce : négative.

C'est notre seul cas avec hémoptysie.

CONSEQUENCES FONCTIONNELLES

Dans notre présente étude, nous n'avons pu retenir que 48 dossiers de malades ayant eu des examens spirographiques pré et post-opératoires valables, reposant sur les tests statiques et dynamiques. L'évaluation du déficit fonctionnel a porté sur la capacité vitale et la ventilation maxima-minute.

Les examens post-opératoires ont été pratiqués en moyenne 6 mois après l'intervention. Certains ont été effectués 2 ou 3 mois après celle-ci ; nous les avons quand-même comptés dans nos pourcentages et ils viennent noircir quelque peu notre statistique. En effet, nous constatons qu'au cours des 6 mois qui suivent l'intervention, en général les tests statiques et dynamiques s'améliorent progressivement, grâce en partie à une kinésithérapie judicieusement conduite.

Nous avons calculé le déficit moyen entraîné par les exérèses lobaires et celui entraîné par les exérèses segmentaires (un ou deux segments) non compliquées. Nous avons comparé leurs résultats à celui des exérèses suivies de difficultés de réexpansion, ayant parfois nécessité une thoraco-plastie secondaire et nous avons obtenu les résultats suivants :

1) - Le déficit moyen pour 11 lobectomies non compliquées est de 10,8 % sur la C.V. et de 14,7 % sur la V.M.M.

   - Les 10 Segmentaires apico-dorsales, aux suites simples, accusent une perte de 10,8 % sur la C.V. et de 13 % sur la V.M.M.

   - Quant aux 3 segmentaires dorsales, la perte est de 10,5 % pour la C.V. et de 10 % pour la V.M.M.

2) -Envisageons les cas ayant subi une décortication pour symphyse de plèvre :

   - 4 lobectomies avec décortication donnent un déficit moyen de 18,7 % pour la C.V. et de 19 % pour la V.M.M.

   - 5 Segmentaires apico-dorsales avec décortication accusent une perte de 14,2 % de la C.V. et de la V.M.M.

   - 1 Segmentaire dorsale avec décortication ne donne qu'une diminution de 4 % pour la C.V. et de 2 % pour la V.M.M.

.../...

.../...

3) - Les exérèses suivies de difficultés de réexpansion, avec ou sans thoracoplastie, donnent en moyenne les résultats suivants :

- 3 lobectomies suivies de poches aériques dans les suites opératoires, entraînent une amputation de 10 % pour la C.V. et de 29 % pour la V.M.M.
- 3 lobectomies suivies de thoracoplastie donnent un déficit de 18,6 % pour la C.V. et de 18,3 % pour la V.M.M.
- 1 Segmentaire dorsale + 1 sous-segment du Nelson, suivie d'une thoracoplastie avec mise à plat au bout d'un mois et nécessitant une myoplastie 5 mois plus tard, accuse une perte de 28 % sur la C.V. et de 16 % sur la V.M.M.

4) - Quant à nos 4 lobectomies dépassées (amputation d'un sous-segment du Nelson), elles donnent une diminution de 18,5 % sur la C.V. et de 16,8 % sur la V.M.M.

5) - Nous avons enfin, 1 cas sans amputation fonctionnelle et 2 cas avec au contraire un gain fonctionnel par rapport aux tests pré-opératoires. Il s'agissait de :

- 1 lobectomie avec décortication = sans déficit.
- 1 lobectomie avec décortication)
- 1 segmentaire dorsale (= gain fonctionnel.

Nous avons résumé ces résultats dans le tableau suivant :

.../...

.../...

Logiquement l'amputation fonctionnelle devrait être en rapport direct avec la quantité de parenchyme réséqué. Ainsi les exérèses segmentaires devraient apporter à la fonction respiratoire une réduction moins importante que les lobectomies.

En réalité, l'amputation fonctionnelle dépend surtout de la fonction du territoire réséqué, du degré de distension ou d'adaptation du parenchyme restant. D'autre part, le résultat fonctionnel reposera sur le cinétique costo-diaphragmatique, variable suivant les suites opératoires. Car c'est des complications ou de l'absence de complications lors de celles-ci que dépendra surtout l'avenir respiratoire du malade.

Ainsi le déficit fonctionnel est-il plus ou moins prévisible. On peut évidemment juger de l'étendue des lésions dans un segment, deux segments ou dans un lobe. Il est plus difficile de porter un pronostic sur l'adaptation du parenchyme restant. Quant aux complications post-opératoires, il est absolument impossible de les prévoir.

Au terme de notre étude, nous n'avons pas noté le parallélisme qui pourrait être logiquement supposé existant entre le déficit fonctionnel et le type d'exérèse segmentaire ou lobaire. Nous avons eu en effet une amputation de la C.V. de 10,8 % aussi bien dans nos lobectomies que dans nos segmentaires. Le déficit est plus sensible sur la V.M.M. car il est de 14,7 % pour les lobectomies et de 13 % pour les segmentaires. Il s'agit ici de cas non compliqués. Quant aux complications post-opératoires, elles ont un plus grand retentissement sur les tests dynamiques que sur les tests statiques.

En résumé, il n'existe pas entre les 2 types d'exérèses segmentaires ou lobaires une différence fonctionnelle telle que l'on doive à tout prix pencher pour l'une plutôt que pour l'autre du seul point de vue de la fonction respiratoire. Ce point nous semble important à souligner car si l'extension des lésions impose une lobectomie, les conséquences fonctionnelles seront pratiquement les mêmes que celles d'une résection segmentaire.

.../...

.../...

RESULTATS LOINTAINS

A notre enquête sur le devenir de nos opérés, nous avons obtenu 132 réponses représentant 70 % du nombre total de nos malades.

Nous sommes restés sans nouvelles de 55 malades, soit 30 %. Il s'agit pour la plupart de Nord-Africains sans domicile fixe, ou qui sont retournés en Afrique du Nord ; ainsi que de femmes ayant changé de nom et d'adresse à la suite d'un mariage.

D'après les 132 réponses obtenues, les résultats éloignés s'établissent de la façon suivante, et ceci avec un recul allant de 18 mois à 8 ans :

1) - 1 mort tardivement de sa tuberculose. Il avait refusé une thoracoplastie complémentaire proposée en raison de la persistance d'une poche apicale non réduite par drainage et aspiration. Sa maladie a évolué pendant 5 ans.

2) - 7 morts tardivement de causes diverses sans rapport avec la tuberculose (5,3 %) :

- 2 se sont suicidés ; l'un lors d'une crise éthylique. leur état pulmonaire était satisfaisant.
- 1 est mort pour faits de guerre, c'était un Nord-Africain.
- 1 a succombé à un infarctus du myocarde, un an après son intervention. Son coeur était cliniquement et électriquement normal durant son séjour au sanatorium.
- 1 est mort après une intervention chirurgicale pour un cancer gastrique, 5 ans après son exérèse pulmonaire.
- Enfin, 2 décès de cause inconnue :
  L'un, 5 ans ½ après son opération. Il présentait une I.T.N. 5 mois avant sa mort.

  L'autre, 7ans après son intervention.

.../...

.../...

3) - Un malade toujours tuberculeux est actuellement en traitement chez lui. Il était parti prématurément 2 mois ½ après son intervention (bacilloscopie négative). La dâte de sa rechute n'est pas précisée. Il s'agit d'un homme de 47 ans, dont les bacilles sont résistants aux antituberculeux majeurs.

4) - Nos 123 malades restants sont guéris de leur tuberculose. Ils représentent 93 % des réponses obtenues

- 77 mènent une vie normale et ont repris leur activité antérieure à temps complet.
- 4 mènent une vie normale, mais n'effectuent qu'un travail modéré, bien que leur état général et fonctionnel soit satisfaisant. Il s'agit d'hommes de 45, 46, 52 et 56 ans.
- Enfin, les 42 autres mènent une vie normale mais ne travaillent pas. Il s'agit de retraités, de pensionnés ou de chômeurs chroniques qui n'ont pas trouvé de travail leur convenant.

  Mais il s'agit aussi de mères de famille s'occupant de leur intérieur et de leurs enfants qui sont parfois nombreux. Ces dernières peuvent être classées plus justement dans la catégorie des malades qui ont repris leur activité à temps plein.

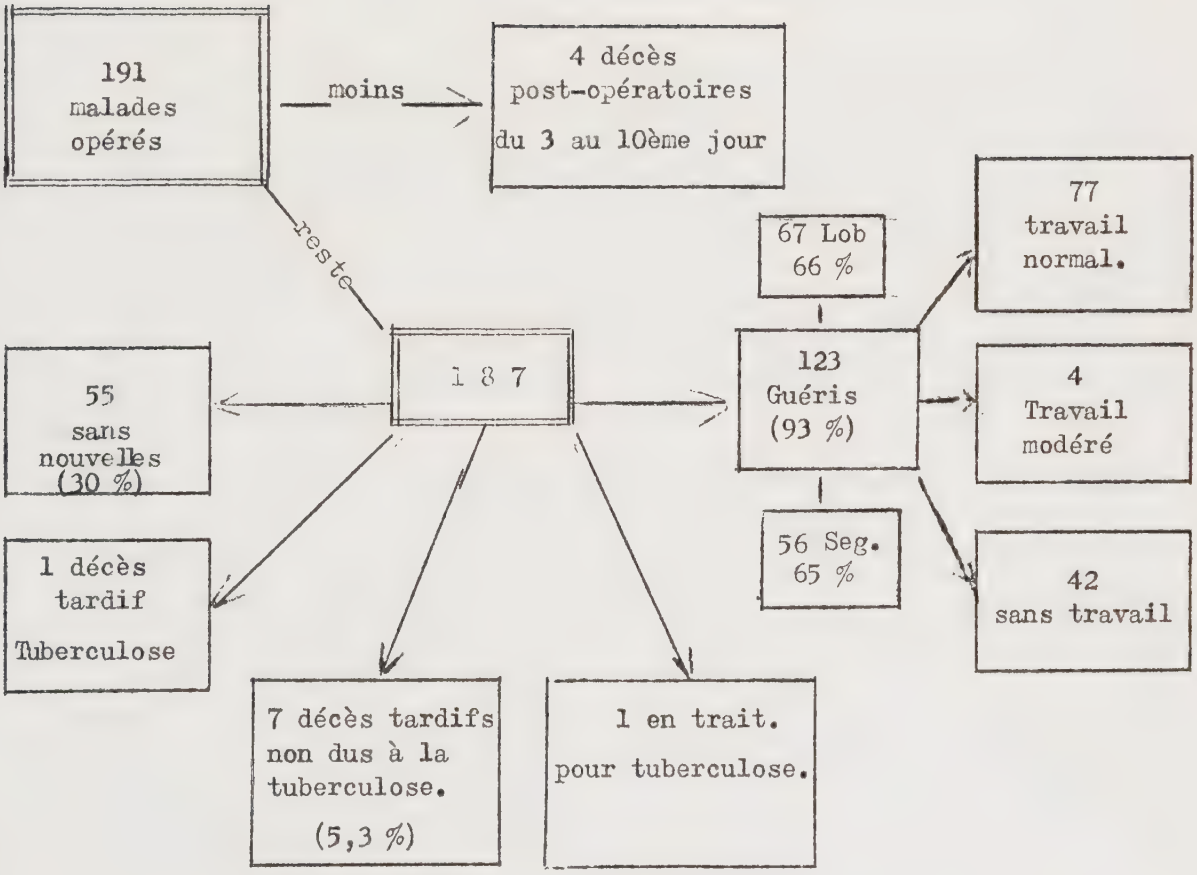
Ces 123 malades guéris représentent 67 lobectomies sur 101, soit 66 % et 56 exérèses segmentaires sur 86, soit 65 %

On constate une fois de plus que les pourcentages sont pratiquement identiques pour les 2 types d'exérèses et n'apportent aucun argument en faveur de l'une ou de l'autre des interventions.

.../...

- RESECTIONS du LOBE SUPERIEUR DROIT -

- Résultats Eloignés -



- C O N C L U S I O N S -

Nous apportons la statistique des exérèses soit partielles, soit totales du Lobe Supérieur Droit pratiquées de 1954 à 1961 au Sanatorium Départemental de Seine-et-Oise à AINCOURT (Médecin-Directeur : Henri HAMON).

Elle porte sur 191 cas (104 lobectomies et 87 résections segmentaires). Ces interventions ont été effectuées sur 80 femmes et sur 111 hommes, de 16 à 60 ans, avec un maximum aux environs de 30 ans.

Tous les malades ont subi un traitement médical pré-opératoire prolongé de 9 mois au minimum.

Le traitement chirurgical a porté dans 68,6 % des cas sur des lésions excavées. Toutes les interventions ont été pratiquées selon la technique classique de dissection des éléments du pédicule avec suture bronchique au ras du tronc bronchique laissé en place. C'est du "bilan des lésions à thorax ouvert" que dépendent en définitive l'étendue de l'exérèse et ses modalités lorsqu'elles n'ont pu être précisées par le seul bilan radio-tomographique pré-opératoire, du fait des modifications topographiques du parenchyme atteint. Ce "bilan à thorax ouvert" nous a montré que, dans 34 % des cas, les lésions différaient de celles que la clinique permettait de prévoir : 2 % de lésions "en moins" et 32 % de lésions plus étendues.

Nous n'avons eu à déplorer aucune mort opératoire. Les suites d'interventions n'ont pas été plus compliquées pour les résections segmentaires que pour les lobectomies.

Il n'existe entre les deux types de résections, pratiquement pas de différence fonctionnelle telle que l'on doive à tout prix pencher pour l'une plutôt que pour l'autre.

Enfin, les résultats éloignés pratiquement identiques, avec un recul de 18 mois à 8 ans, pour les lobectomies et pour les segmentectomies, n'apportent de même aucun argument en faveur de l'une ou de l'autre des interventions.

-:-:-:-

Vu, le Président de Thèse

M. J. BAUMANN

Vu, Le Doyen de la Faculté

M. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de P a r i s

M. J. ROCHE

- B I B L I O G R A P H I E -

- G. CORDIER & C. CABROL :

"Les territoires pulmonaires, bronches et vaisseaux fonctionnels du poumon".

Laboratoire de la Chaire d'anatomie de la Faculté de Médecine de Paris - Masson 1959.

- C. CABROL :

" Le segment ventral du poumon gauche. Etude anatomique et abord chirurgical"

Thèse de Médecine - Paris 1954 - nº 222.

- BOYDEN A. Edward :

" Segmental Anatomy of the Lungs"
Graw-Hill Book Cº Inc. Toronto - New-York- London.

- DEVOS L :

" Les zones pulmonaires. Etudes anatomiques et radiologiques. La lobation et la zonation des poumons chez l'homme et les mammifères".

Thèse de Médecine - Lille 1938 - nº 51

- HIRDES J. J. :

" Dix ans de chirurgie d'exérèse pour la tuberculose pulmonaire".

Bulletin et Mémoire de la Sté. Méd. de Passy - nº 54 - Juin 1961.

- KRAAN J. K. et VAN DIJK B.

"Résultats de 260 résections segmentaires pour tuberculose pulmonaire"

Jou. Fr. de Médecine et Chirurgie Thoracique - 1954 - nº 355

.../...

-Mc BURNEY - HERBERG - JAMPOLIS - CLARK & KRUEGER -

"Complications des résections pour Tuberculose Pulmonaire".

Revue de la Tuberculose. n° 4- 5 . 1954.

-BARRIE & BLANC.

"Examens bactériologiques des pièces de résections pour Tuberculose Pulmonaire".

Revue de la Tuberculose. n° 10-11 . 1954 .

-CANETTI-ISRAEL-HERTZOG-DAUMET & TOTY-

"Le BK dans les lésions tuberculeuses traitées par exérèse après chimiothérapie".

Revue de la Tuberculose. n° 10-11 . 1954 .

-E.BERNARD-P.RENAULT-B.KREIS & LE QUAN SANG-

"Etude bactériologique de pièces pulmonaires prélevées par exérèse chez les tuberculeux traités par les antibacillaires"

Poumon. 10 . n° 6. 1954 .

-R.BICAL & M.DUPAIN-

"Recherche des BK par examen direct et culture sur les pièces d'exérèse pulmonaire".

Poumon. 10 . n° 6 . 1954 .

-B.GAMAIN-

"Bilan fonctionnel en chirurgie thoracique,intéret de la bronchospirométrie".

Bull. & Mém. de la Sté. Méd. de Passy. n° 53 -Mars 1961-

-RICHARD J-P.

"Etude de la fonction respiratoire dans les exérèses pulmonaires pour Tuberculose Pulmonaire".

Thèse Méd. Paris. 1952 . n° 851.

- T A B L E DES M A T I E R E S -

-Introduction.....p. I

-L'age et le Sexe.....p. 2

-L'ancienneté des lésions.....p. 3

-Le type des lésions.....p. 4

-Les atteintes associées.....p. 5

-La durée du traitement.....p. 6

-L'activité des lésions.....p. 8

-Les Interventions.....p. 9

-Les Suites opératoires.....p. II

-Les examens anatomo-pathologiques & bactériologiques des pièces d'exèrèses.....p. I3

-Les Conséquences Fonctionnelles.....p. I9

-Les Résultats lointains.....p. 23

-Conclusions.....p. 26

-Bibliographie.....p. 28